

## KP 5 (suite)

### LE POIGNET

#### - Install° du patient

- \* assis sur une chaise
- \* son avant-bras repose sur la table – un coussin goutte sous le coude
- \* le poignet est hors de la table

#### - Install° du MK : assis, face au patient

Attn : ne pas installer le patient d'un côté de la table et le MK de l'autre

#### - Repérage

- \* faire flex° pr dégager la face post + inclinaisons pr dégager les côtés
- \* *avt-bras*

- \_ extrémité inf du radius
- \_ tête de l'ulna
- \_ palper les 2 styloïdes en faisant des inclinaisons
- \_ recherche l'IL bord inf de la face post du radius

#### \* *carpe*

- \_ au fond de la tabatière : la face latérale du scaphoïde – repérer sur la face dorsale
- \_ au fond de la tabatière, au-dessus de M1 : Tz (et au-dessus le scaphoïde)
- \_ de l'axe de M3, remonter → un trou. Faire flex° → on a la face post du Ca et au-dessus, le

lunatum

- \_ en dds du lunatum, au-dessus et en arrière : Tz (faire abd°). En post → hamatum
- \_ remonter M5 → Ha
- \_ en dds, relacher le FUC en flex° → pisiforme
- \_ remonter M2, face post → Tzd

### MOBILISATION GLOBALE DU POIGNET

- Position de l'avt-bras : intermédiaire ou 1/2 supin°, pr ne pas mettre les structures en tension => pouce vers le ht. Pas de supin° ou pronat° complète.

#### - Prises

\* *CP* : empaumer l'avt-bras, 1/3 inf, sous les styloïdes. Etre ds la partie charnue, au-dessus de la tête de l'ulna

#### \* *P*

- \_ mettre ma main ds celle du patient, paume contre paume.
- \_ je mets mon index entre le pouce du patient et ses autres dgts => permet de garder le pouce détendu, ds sa position de fct°
- \_ je mets mon pouce au niv des M – les dgts du patient restent libres.

#### **A- Techniques d'entretien en F/E**

#### - Effet Tenodèse

- \* F° du poignet → ext° des dgts
- \* E° du poignet → flex° des dgts

=> on mobilise les 2 IL ensemble => on interpose volontairement l'IL carpo-M (qui ne pste que des gl et bâillement => peu mobile => on peut l'interposer ss pb)

- Etre en position 0 d'A/A pr mobiliser en F/E

- \* abd° = inclin° ulnaire = 45°
- \* add° = inclin° radiale = 15°

Fin des mvts : butée osseuse

## ***B- Techniques de récupérer***

2 IL : radio-carpien et médio-carpien

On mobiliser un IL par rapport à l'autre IL

⇒ identifier la 1<sup>ère</sup> rangée – faire la CP à la limite de l'IL, au-dessus de l'IL qu'on mobilise

- Install° du patient : idem – l'avt-bras est en pronat°

- Prises

\* CP : au-dessus de l'IL – main saisit par le bord ulnaire, dgts du MK sur face dorsale de la main du patient

\* P

\_ par la face palmaire de l'IL, par le bord lat.

\_ avt-bras du MK en supin° => le pouce est le long de l'IL, face dorsale

⇒ la main fait une pince

⇒ prise en sandwich – les dgts des 2 mains se touchent transversalement

### ***1- Les glissements***

- 1<sup>ère</sup> rangée du carpe

On mobilise la 1<sup>ère</sup> rangée du carpe par rapport à la cavité glénoïde anté-brachiale (= face inf du radius et du disque artic)

On fait des mvts de :

\* glissements ant et post

\* glissements med et lat – pr le glissement lat, il faut inverser la posit° des mains

\* bâillements en dds et dh

- Mob° de la 2<sup>ème</sup> rangée par rapport à la 1<sup>ère</sup> rangée

\* glissements ant et post (peu)

\* bâillements lat et med - pr le bâillement médial, il faut inverser la posit° des mains

On ne peut pas faire de translation lat et med (on en est empêché par la Ca)

### ***2- Récup° de la F/E en faisant rl + gl***

a) Récup° de la F° = rl ant + gl post

- En position intermédiaire de P/S ou en pronation

- CP sur l'avt-bras et P sur la 1<sup>ère</sup> rangée

- Technique

\* gl arr : fait par l'index de la prise

\* rl avt : fait par le pouce de la prise

b) Récup° de l'E° = rl post + gl ant

- Prises

\* le pouce de la prise est sur la 1<sup>ère</sup> rangée

\* CP idem

- Le pouce fait la translation ant

⇒ Il faut être à la limite du secteur limité

⇒ Faire d'abord les glissements seuls puis associer gl + rl

### ***2- Récup° de l'A/A***

a) Récup° de l'add° = inclin° ulnaire = rl médial + gl latéral

- Prises

\* CP : on met la commissure côté ulnaire du patient

- Technique

\* la prise fait le roulement

\* CP (main proximale) fait le glissement

- On peut aussi faire le glissement en inversant et en prenant au radius

b) Récup° de l'abd° = inclin° radiale = rl lat° gl médial

- Inverser les mains

\* CP : commissure est sous le radius

\* P : 1<sup>ère</sup> commissure côté ulnaire – je suis en supin°

- Technique

\* CP fait le glissement med

\* P fait le roulement

## MOBILISATIONS ANALYTIQUES

- Faire le repérage avt la mobilis°

- Install° : idem

- Mobilisat° des os en antéro-post

### A- Mobilis° de la 1<sup>ère</sup> rangée du carpe

#### 1- Le scaphoïde

- Mobiliser Sc d'avt en arr par rapport au Lu

- Prises

\* CP : tient le lunatum (en pince)

\* P : pouce du MK face dorsale – index face palmaire

=> faire une pince à 2 dgts

- Mob°

\* glissement ant + un peu en dds

\* glissement post + un peu en dh

#### 2- Lunatum

- Prise à 2 dgts

- On fait pivoter le lunatum : bascule ant et post

- Techniques

\* gl avt + bascule arr : le pouce appuie face dorsale pr faire le mvt

\* gl post + bascule avt : ac l'index, qui est dvt en regard du pouce, en projection

- On associe ces mob° à la F/E

\* ext° → poussée ant

\* flex° → poussée vers l'arr

#### 3- Triquétrum

- CP tient le lunatum – on mobiliser triquétrum par rapport au lunatum

- Attraper le triquétrum sous la tête ulnaire

- Mob° : glissements ant et post

#### 4- Pisiforme

- Flechir le poignet pr détendre le FUC

- Mobiliser transversalement

#### 5- Inversion

- On peut faire toutes ces mobilisations par rapport au radius et à l'ulna => faire glisser le carpe par rapport aux os de l'avt-bras

- Install° : l'avt bras du patient est en appui sur la table – pouce vers le ht

- Scaphoïde / radius

\* saisir le scaphoïde en antéro-post

\* faire glissements ant et post

- Lunatum / radius

\* gl ant et post

- Tz / ulna

\* gl ant et post

⇒ mobilis° de la 1<sup>ère</sup> rangée : 7 mobilis° (en incluant celle du pisiforme)

**B- Mobilis• analytique de la 2<sup>ème</sup> rangée**

- Même install°
- Tz
  - \* saisir le scaphoïde d'avt en arr à 2 dgts
  - \* gl ant et post
- Tzd
  - \* en regard de M2
  - \* tenir le scaphoïde
  - \* gl ant et post
- Capitatum
  - \* saisir lunatum d'avt en arr
  - \* mob° de la tête du Ca par rapport à la concavité du lunatum
  - \* gl ant et post
- Hamatum
  - \* par rapport au Triq
  - \* main du patient en pronation
  - \* en regard de M4 et M5, sous la tête de l'ulna
  - \* gl ant (v med) et post (v lat)
  
- On peut mobiliser ces os par rapport au capitatum
  - \* Ha
  - \* Tzd
- Mobiliser Tz par rapport au Tzd (prise fine, au-dessus de M1)

**MOBILISATIONS ANALYTIQUES DES CARPO-METACARPIENNES**

**A- La trapezo-métacarpienne**

- Pouce : 2 plans de description : anat ou physio. Le plan physio est tourné en dds de 90° par rapport au plan anat.
  
- Install° du patient et du MK : idem
- Prises
  - \* CP : maintien en pince le Tz d'avt en arr, entre pouce et index
  - \* prise : à 2 dgts, pouce face dorsale
- Tz
  - \* concave transversalement
  - \* convexe d'avt en arr

=> pr mob° de récup° : F/E : concave sur convexe – A/A : convexe sur concave

- A° a 2 DDL + 1 : rotations liées à la laxité capsulo-ligamentaire

**1- Entretien**

- Flex°-Ext°
  - \* fixer Tz d'avt en arr
  - \* main du patient posée sur son bord ulnaire
  - \* flex° : mobiliser en ant + dds
  - \* ext° : mobiliser en arr + dh
- A/A
  - \* main du patient idem ou en 3/4 de supin°

\* *abd°* : en dh + avt

\* *add* : en dds + arr

### - Rotations

\* RM : tourner en dedans par rapport à l'axe du méta

\* RL : tourner vers le dh – est plus limité en amplitude

## **2- Récup°**

### *a) Tractions*

- Ds l'axe de la capsule

⇒ on peut ou non associer les tractions aux techniques de récup°

- Peu de ligaments => surtout récup° à visée capsulaire

### *b) Glissements purs*

- Prises et install° : idem

### - Gl du M

\* en position neutre de supin°

\_ gl ant + légèrement en dds

\_ gl post + légèrement en dh

\* en 3/4 de supin°

\_ gl lat

\_ gl med

### *c) Rl + gl*

- Flex° : rl + gl ant

\* position neutre de P/S

\* pouce et index à même hauteur, proche de l'a°

\* je pousse ac mon pouce

- Ext° : rl + gl post

\* idem

\* je pousse ac mon index

- Abd° : rl lat + gl médial

\* 3/4 de supin°

\* prises

\_ index fait le gl – proche de l'a°

\_ pouce → rl – un peu plus éloigné

⇒ création d'un couple de forces

- Add° : rl médial + gl latéral

\* 3/4 de supin°

\* prises

\_ pouce fait le gl – proche de l'a° (pouce ds l'éminence thénar)

\_ index → rl – un peu plus éloigné

- A l'ensemble de ces techniques je peux associer des tractions longitudinales

## ***B- Les autres MC***

- A° planes

- Install° patient et MK : idem

- Main du patient en position neutre de P/S

- Prises

\* CP stabilise à 2 dgts l'os du carpe

\* P : mobilise, à 2 dgts

- Glissements ant et post

\* M2 / Tzd

\* M3 / Ca

\* M4 et M5 / Ha – en position de pronation de la main

## **MOBILISATION DES INTER-METACARPIENNES**

- Mob° d'entretien et de récup° st les mêmes.
- Qd on mobilise les interM, on mobilise indirectement les CM, et inversement.

### - Install° du patient

- \* assis, avt bras sur la table
- \* main en pronation (éventuellement sur un coussin dur)

### - Install° MK : assis face à lui

- Prises : saisir les bases M ac 2 dgts en pince, une main stabilisant, l'autre effectuant le mvt  
On peut aussi faire le mvt simultané inverse des 2 côtés. C'est une efficace

- Tjs : mise en tension – temps postural – relachement

### ***A- Mob° en glissement***

- Techniques : glissements ant et post

#### - Rq

- \* on mobilise les os externes à M3. Plus on va vers le milieu de la main, moins ça bouge (M2 / M3 : le moins mobile)
  - \* penser à avoir les pouces bien à plat pr ne pas que ça fasse mal.
  - \* il existe une petite SA entre M1 et M2 : penser à la mentionner, ms ne pose jms de pb.
- Un temps de posture à la fin de chaque glissement

### ***B- Mob° en aile de papillon***

- Le faire en global.

- Intérêt : décompresser pr solliciter les lig ant et post

- Prises : mettre ses 2 mains longitudinalement sur la face dorsale de la main du patient, les 2 pouces joints vers M2-M3

- Technique : creuser la paume ou l'aplatir

### ***C- Décompression en accordéon***

- En global, pré étire les M

- Intérêt : « ouvrir » → stimuler les lig IO

- Prises : idem qu'en ailes de papillon. On peut se mettre très en latéral, côté du 5, côté 4, côté 2.

⇒ intérêt de ces 2 types de manip° : entretien + récup° en luttant contre la fibrose ligamentaire.

### ***D- Mob° en touche de piano***

- Prises : au niveau des têtes (et corps) des M

- Technique : mobiliser un M par rapport à l'autre

- Intérêt : mobiliser et étirer les ligaments de la partie caudale de l'a° = lig inter-M => l'action se situe plutôt en arrière.

⇒ si question sur la main

- au niveau de la main : pas de distinguo entre les mobilis° d'entretien ou de récup°
- types artic : a° planes
- types de mob° : en gl, baillement, aile de papillon... énumérer ts les types de mob°
- expliquer ce que l'on mobilise et pk → indiquer l'objectif

## MOBILISATIONS DES MP

- Type artic : ellipsoïde

- DDL : 2 + 1 => un degré de rotation qui disparaît en flex° max => on fait les rotations en rectitude (ou en flex° moyenne)

=> 2 + 1 en fct° de la disposition artic

- Install° : idem

\* poignet du patient en légère ext° : respecter la position de repos physiologique du patient.

\* mettre un coussin dur sous le poignet du patient pr dégager les dgts

\* main en pronat° (en supin° complète pr mobiliser M5 si besoin)

- Prises

\* *CP* : dégager le pouce du patient entre mon pouce (face dorsale) et mon index (face palmaire) et mes autres doigts

\* *P* : base de P1, ac 3 dgts – attn à prendre la phalange latéralement

Attn à ne pas interposer P2 et P3.

### A- Mob° d'entretien

- Dgt par dgt

Idem pr MP du 1 – se mettre en 1/2 supin°.

- F/E

\* respecter l'effet ténodèse : qd je posture en flexion, les dgts s'étendent et inversement pr l'ext°.

\* pr M5

- A/A

\* en position de rectitude : F/E = 0

\* *CP* : main du MK est perpendiculaire à celle du patient.

\* en même temps, on étire les muscles IO

- Rappel : tjs aller au fond des amplitudes (légèrement « forcer »), pr aller au max de l'étirement capsulo-ligamentaire.

- Rotations (M2-M5)

\* en rectitude (F/E)

\* attn à ne pas tourner la peau au lieu de tourner la phalange => bien saisir en serrant que ce soit l'os qui bouge

\* *intérêt* : torsion de la capsule et les LCO

### B- Mob° de récupération

1- Traction

\* ds l'axe

\* sollicitat° des LCo et de la capsule

2- Glissements et roulements

- Prises

\* *CP* idem

\* *P* : au plus près de l'IL

- Install° : idem, main en 1/2 supin°

- Techniques

\* gl ant et post

\* gl lat et med

\* F° = rl + gl ant

Mon pouce est en face dorsale => il imprime le glissement. 1 tps de posture à la fin du mvmt

\* E° = rl + gl post

## **MOBILISATION DES IP**

### - Prises

- \* CP : fixer latéralement le dgt du patient à 3 dgt
- \* P : tenir latéralement
- \* rqs
  - \_ attn à ne pas prendre l'ongle et ne pas appuyer dessus (pr M3)
  - \_ prendre la phalange par ses côtés collatéraux

### - Install°

- \* idem
- \* main en pronation, sur un coussin

### ***A- Mob° d'entretien***

#### - Pr le pouce

- \* respecter la colonne du pouce ds sa position de fct°
- \* CP : je saisis ac mon pouce et mon index puis j'enroule mes autres doigts

#### - Techniques : F/E

- Intérêt : mobilis° des fibrocartilages, des LCo + faire glisser les tendons ds leurs gaines.

### ***B- Mob° de récup°***

- Glissements ant et post
- F° = gl + rl ant
- E° = gl + rl post

### ***C- Subsidiarement***

- Apprécier la laxité capsulo-ligamentaire en transversal. Cela permet d'apprécier si la capsule est serrée ou pas.

=> apprécier le jeu et la mobilité articulaires.

- C'est intéressant si le patient a une déformation, pr savoir si c'est réductible ou non.